Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja: Ulica Sienna Nr. 14.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:	w Austryi	w Król. Polskiém i Cés. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 1 grudnia 1883. № 48. Rok XXII.

I. Przyczynek do techniki operacyjnéj i następowego leczenia raka migdałków.

Podał prof. **J. Mikulicz** w Krakowie.

Migdałki według zgodnego zadnia wszystkich doświadczonych klinicystów rzadko tylko stają się pierwotną siedzibą raka, a wiele statystyk szpitalnych i klinicznych obejmujących lat wiele nie wykazuje ani jednego podobnego przypadku. Natomiast zdaje się, że rak dość często z sąsiednich części, mianowicie z korzenia języka, żagielka i tylnéj ściany połyku przechodzi na migdałki. Ponieważ zresztą i pierwotny rak migdałków bardzo często rozszerza się na części sąsiednie, to w przypadkach operacyi tego nowotworu bardzo rzadko chodzi o wycięcie samych migdałków, lecz o wycięcie mniéj lub więcéj rozległéj części ściany połyku. Operacyja wycięcia raka migdałków najczęściéj będzie więc wycięciem częściowém połyku a to za pomocą jednéj z metod faryngotomii. Punkt wyjścia nowotworu wpływa jednak na wybór metody a dla tego nie wszystkie rodzaje faryngotomii pod tym względem jednaką mają wartość.

Jeżeli sobie pozwolę na podstawie jednego przypadku pierwotnego raka migdałków, wyciętego z pomyślnym skutkiem, podać mały przyczynek do techniki téj operacyi i następowego leczenia, to czynię to dla tego, że faryngotomii nie możemy dziś jeszcze zaliczać do zupełnie zamkniętych rozdziałów chirurgii. Przed kilku jeszcze laty uważano rozległe wycięcie połyku raczéj za *curiosum*, niż za uzasadnioną i wskazaną ściśle operacyję. Wyniki dawniejszych czasów nie zachęcały zresztą do częstego wykonywania téj operacyi. Dopiero gdy Langenbeck na 8mym Zjeździe chirurgów w Berlinie wspomniał o wycięciu połyku i wyraził nadzieję, że wspólnym usilowaniom uda się wprowadzić do praktyki chirurgicznéj tę operacyję zupełnie pewną pod względem wykonania a tak niebezpieczną w swych następstwach, zajęto się nią powszechnie.

Nie potrzebuję tu nadmieniać, że nietylko pobudka Langenbecka, ale bardziéj jeszcze metoda faryngotomii przez niego podana stanowi najważniejszy krok do technicznego wydoskonalenia téj operacyi, niemniéj jednak przyczynili się do dalszego rozwoju téj sprawy późniéj i Billroth, Gussenbauer, König, Kolaczek, Kocher i inni. Szczęśliwym trafem techniczne wydoskonalenie operacyi przypada w okres wydoskonalenia leczenia następowego po operacyjach w jamach wyścielonych błoną śluzową; to też i faryngotomija od czasu zaprowadzenia jodoformu przestała być zabiegiem w swych następstwach nader niebezpiecznym. Niedawno temu Bergmann [1]) w wykładzie, który miał w Towarzystwie lekarskiém w Berlinie, skreślił jasno, na podstawie własnego doświadczenia, wartość dotychczasowych sposobów operacyi i w ten sposób z pomyślnym skutkiem daléj prowadził dzieło przez Langenbecka rozpoczęte.

Jeżeli się zastanowimy nad rozmaitemi metodami faryngotomii ze względu na raka migdałków, to przedewszystkiém z powodów łatwych do zrozumienia musimy wykluczyć operacyję zwaną *pharyngotomia subhyoidea*, zaprowadzoną przez Malgaignea a przez Langenbecka należycie ocenioną. Należy tu tylko uwzględnić metody otwierające połyk z boku a więc tém samém zdążające wprost ku migdałkom. Z pomiędzy tych możemy trzy sposoby odróżnić jako typowo rozmaite: oba cięcia Langenbecka i cięcie Gussenbauera. Wszystkie inne tu i owdzie praktykowane sposoby operowania należy uważać jako kombinacyje, albo nieznaczne modyfikacyje tych metod. Jedno cięcie Langenbecka [2]) idzie jak wiadomo od kąta ust w poprzek szczęki ku dołowi aż do wysokości chrząstki tarczykowéj. Przeciąwszy warstwowo części miękkie przepiłowuje się szczękę dolną pomiędzy miejscami przyczepienia m. żwacza; odchylając teraz za pomocą dwóch mocnych haków obie połowy szczęki mo-

[1]) *Ueber Operationen am Schlundrohre, Deutsche mediz. Wochenschrift* 1883 Nr. 42 i nast.

[2]) Patrz *Verhandlungen des Chirurgencongresses* z r. 1875.

żna wygodnie schorzałe części na korzeniu języka, żagielku i migdałkach usunąć. Za pomocą tego cięcia tedy tylko górne części połyku stają się dostępne dla noża.

Drugie właściwe cięcie faryngotomijne Langenbecka rozpoczyna się od dolnego brzegu trzonu dolnéj szczęki w środku pomiędzy brodą a kątem szczęki i idzie w prostym kierunku po przez wielki róg kości gnykowéj a daléj wzdłuż włókien mięśnia mostko obojczyko-sutkowego aż do chrząstki obrączkowéj. Przez warstwowe przecinanie części miękkich i podwiązanie naczyń w polu operacyjném tu leżących można sobie utorować drogę do dolnéj części połyku i do tylnéj ściany krtani. To cięcie jest więc przeznaczone dla nowotworów w dolnéj części połyku.

Cięcie Gussenbauera rozpoczyna się na wyrostku sutkowym i idzie wzdłuż przedniego brzegu mięśnia mostko-obojczyko-sutkowego aż do wysokości pierwszych cztérech pierścieni tchawicy. I to cięcie głównie jest przeznaczone dla dolnéj części połyku.

Z innych rodzajów cięcia nadmieniam tu tylko cięcie Heinego, które idzie od wyrostka sutkowego aż do wielkiego rogu kości gnykowéj i kątowate cięcie Kochera, które właściwie jest kombinacyją cięcia Gussenbauera i drugiego cięcia Langenbecka.

Jeżeli mamy z pomiędzy tych metod wybrać najodpowiedniejszą w celu wycięcia raka migdałków, to bezsprzecznie pierwsze cięcie Langenbecka z tymczasowém przepiłowaniem szczęki dolnéj wydaje nam się najodpowiedniejszém; i rzeczywiście operowali już podług téj metody A. Genzmer i Bergmann. Pierwszy przedstawił na VIII Zjeździe chirurgów chorego, któremu przed $2^3/_4$ roku według metody Langenbecka wyjął rozległy mięsak migdałków.

W moim przypadku torowałem sobie drogę do bocznéj ściany połyku także przez przepiłowanie szczęki dolnéj, tylko nie ograniczyłem się do resekcyi tymczasowéj, lecz wyciąłem zupełnie po jednéj stronie ramię szczęki dolnéj jako operacyją przedwstępną; cięcie zewnętrzne przebiegało wzdłuż przedniego brzegu m. mostko-obojczyko-sutkowego. Zdecydowałem się do tego planu nie w téj myśli, jakoby postępowanie Langenbecka nie dawało dosyć miejsca, tylko skłoniły mnie do tego inne, zdaniem mojém, wcale niepodrzędne zalety zarówno podczas operacyi jak i następowego leczenia. Zanim jednak o zaletach tych wspomnę, zamierzam podać historyję choroby wraz z opisem przebiegu saméj operacyi.

65-cioletnia pani, wdowa po urzędniku ze Lwowa, matka 7orga dzieci, nigdy na cięższą chorobę nie cierpiała. Z początkiem roku 1882 uczuła przy połykaniu jakąś przeszkodę w okolicy lewego migdałka Z końcem dopiero tegoż roku jeden z kolegów rozpoznał nowotwór migdałka przechodzący na tylną ścianę polyku, orzekł jednak zarazem, że operacyja nie przedstawia żadnych widoków. W Maju 1883 zasięgnęła owa pani mojéj rady. Znalazłem u choréj, zresztą zupełnie zdrowéj i dość dobrze odżywionéj, obrzęk twardy po części owrzodziały, przy ucisku miernie bolesny, którego środek dokładnie odpowiadał położeniu migdałka; obrzęk ten przechodził na łuki podniebienne, na małą część korzenia języka, na trzecią część miękkiego podniebienia i na otaczającą boczną i tylną ścianę połyku, tak, że ku dołowi sięgał aż do nasady nagłośni a ku górze prawie aż po sklepienie połyku. Od zewnątrz można było poniżéj kąta szczęki dolnéj wymacać gruczoł wielkości jaja gołębiego, twardy i nieco ruchomy. Oprócz utrudnionego połykania i lekkich bólów chora nie doznawała żadnych przypadów.

Dnia 27 maja wykonałem operacyję we Lwowie w głębokiéj narkozie chloroformowéj z łaskawą asystencyją pp. kolegów Drów Wehra, Ziembickiego, Jasińskiego, Berezowskiego i Starka. Poprowadziłem cięcie na 7—8 cm. od wyrostka sutkowego wzdłuż przedniego brzegu mięśnia mostko - obojczyko - sutkowego aż do wielkiego rogu kości gnykowéj; części miękkie przeciąłem warstwowo aż do tylnego brzegu ramienia szczęki dolnéj. Potém za pomocą raspatoryjum oddzieliłem okostnę od zewnętrznéj i wewnętrznej powierzchni ramienia szczęki począwszy od kąta szczęki jak daleko tylko mogłem ku górze i przeciąłem po części nożyczkami *masseter* i *pterygoideus internus* w miejscu ich przyczepienia do kości. Na $1^1/_2$ cm. przed kątem szczęki dolnéj założyłem piłkę łańcuszkową na około kości nie nadwyrężając błony śluzowéj jamy ust, i przepiłowałem ją w kierunku pionowym; następnie po przecięciu ścięgna mięśnia skroniowego wyłuszczyłem górną część w zwykły sposób przez okręcanie. Podczas gdy jeden asystent wbił mocny hak kostny w płaszczyznę przepiłowaną szczęki dolnéj i całą szczękę mocno ku dołowi i przodowi ciągnął, drugi roztwierał ranę hakami tępemi. Trzymając się zasady Kochera, że należy schorzałe naczynia i gruczoły limfatyczne wyjąć o ile możności w całości wraz z pierwotném ogniskiem choroby, odpreparowałem naprzód gruczoł leżący w okolicy kąta szczęki dolnéj i wyjąłem go. Postronek twardy idący od gruczołu w głąb wskazywał mi drogę do nowotworu. Przeciąwszy *m. stylohyoideus* i *biventer* i podwiązawszy starannie wszystkie naczynia leżące na polu operacyjném odsłoniłem i oddzieliłem od zewnątrz dokładnie tkanki zajęte nowotworem. Oznaczając sobie zawsze palcem granice części schorzałéj szedłem tą drogą nożem krok w krok ostrożnie daléj, kontrolując równocześnie od czasu do czasu palcem do jamy ust wprowadzonym. W ten sposób odpreparowałem cały nowotwór od zewnątrz bez otwarcia jamy ust i połyku. W końcu trzymał on się tylko na zdrowéj błonie śluzowéj połyku łuków podniebiennych i korzenia języka. Przeciąwszy dopiero błonę śluzową do około otworzyłem jamę połykową ale zarazem i ukończyłem operacyję.

Cała ta operacyja trwała nieco dłużéj niż pół godziny, a chora straciła bardzo mało krwi, z któréj tylko kilka kropli dostało się do połyku.

Po dokonaniu operacyi wypełniono starannie całą jamę rany 30 procentową gazą jodoformową. Guz wyłuszczony jak niemniéj i gruczoł okazały przy badaniu mikroskopowém cechy nowotworu rakowego. Część wycięta wielkości jaja kurzego zajmowała boczną i część tylnéj ściany połyku, łuk podniebienny wraz z odcinkiem podniebienia miękkiego aż po języczek i małą część korzenia języka.

Leczenie następowe prowadził Dr. Wehr, w którego domu chora pozostawała aż do wyleczenia. Z uprzejmie udzielonych mi przez niego dat dowiaduję się co do przebiegu o następujących szczegółach. (Dok. nast.).

¹) Patrz *Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Chirurgie VIII Kongress.*

II. Z kliniki lekarskiéj prof. Dra Korczyńskiego w Krakowie.

Przyczynek do nauki o samoistném znużeniu serca.

(Znaczny przerost serca, rozległa zakrzepica żylna).

Skreślił Dr. Alfred Wolfram.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 46).

Podobne spostrzeżenia poczynili w Niemczech półno-

cnych Curschmann, Leyden i Zunker, a Eichhorst (*Handb .d. speciell. Path. u. Ther.*) w Prusach wschodnich, następnie zaś w klinice Frerichsa w Berlinie, przyczém niejednokrotnie i na stole sekcyjnym to samo stwierdzić mu wypadło.

Według spostrzeżeń Albutta (Seitz: *Ueberanstr. d. Herz.*, str. 4), Fraentzla (*Charité Annalen* r. V, 1878, str. 323) i wielu innych autorów, kowale, wioślarze, żołnierze, węglarze, w ogóle ludzie, których zawód wymaga ciężkiéj pracy fizycznéj, szczególniéj często cierpieniu temu ulegają.

Tu zaliczyć również wypada tę wadę serca, którą Stokes (*Die Krankh. d. Herzens.* Tłumacz. Lindwurma, str. 214 i nast.) pod nazwą *„weakened heart"* z wszelkiemi szczegółami opisuje, a jaką natrafiał u ludzi już w podeszlejszym wieku, którzy poprzednio silni i dobrze zbudowani przed pojawieniem się cierpienia sercowego często podagrą byli trapieni. U chorych tego rodzaju badanie przedmiotowe wykazywało albo przerost z wszystkiemi objawami wady zastawkowéj w obu ujściach lewéj komórki, albo tylko rozszerzenie, co i na stole sekcyjnym dosyć często stwierdzić można było.

Podobne zboczenia ze strony serca napotykał Fraenkel (*Charité Annal.*, r. V, 1878, str. 287) już i u osób młodszych, prawie wyłącznie u mężczyzn, którzy nadużywali napojów wyskokowych lub przeciążeni byli pracą fizyczną. Silne wzruszenia umysłowe, częściéj się powtarzające, rzedziej miały się przyczyniać do rozwoju choroby, natomiast szczególniéj usposabiała do niego nadmierna tusza przy więcéj nieruchomym sposobie prowadzenia życia. Na stole sekcyjnym mógł on w takich razach stwierdzić rozszerzenie lewéj komórki wraz z przerostem jéj układu mięsnego lub bez tego, a drobnowidowe badanie wykazywało albo nieznaczne tylko zwyrodnienie tłuszczowe poszczególnych włókien mięsnych, czasem częściowy ich zanik, albo też beleczki mięsne tu i ówdzie poprzerastane były tłuszczem, a całe serce znaczniejszym jego pokładem otoczone. W ogóle jednak zmiany anatomiczne były bardzo niewyraźne i w żaden sposób ciężkich objawów klinicznych, wskazujących bardzo znaczne zwyrodnienie serca, tłumaczyć nie mogły.

Fraentzel (*Charité Annal.* r. V, 1878, str. 321) utrzymuje, że pod wpływem pełnokrwistości u osób zażywnych, z zamożnych warstw społeczeństwa, skutkiem obfitego dowozu pokarmów, a bardzo często nadmiernego używania napojów wyskokowych, przy braku ruchu powiększa się napięcie w całym układzie tętniczym, w szczególności zaś w tętnicach narządów brzusznych, a utrudniając w ten sposób krążenie, zmusza serce do zastępczego przerostu. Rasa semicka o wiele więcéj ma być narażoną na tę chorobę serca, aniżeli prawdziwi Germanie, a w wielu razach i dziedziczność zdaje się odgrywać niepoślednią rolę. Toż samo szkodliwy wpływ kawy i tytoniu nie może w podobnych przypadkach, zdaniem tego autora, żadnéj ulegać wątpliwości. Często mają na nią zapadać dorobkowicze. Ale i ludzie z klasy robotniczéj, zwłaszcza silnie zbudowani, mogą uledz téj chorobie, zwłaszcza wtedy, gdy zawodowe ich zajęcie połączone jest z uciążliwą pracą fizyczną, lub gdy nadużywają napojów wyskokowych. Natomiast ludzie szczupli bez względu na warstwę społeczeństwa, do któréj należą, mimo podlegania tym samym szkodliwościom o wiele mniéj na ich skutki są narażeni.

Autorowie francuscy, mianowicie Bernheim (*Leçons de clinique médicale*, 1877) i Duroziez nadmieniają, że przerost serca bez podstawy anatomicznéj wydarza się niekiedy u kobiet, które często rodziły. Larcher spostrzegł pierwszy, że w czasie każdéj ciąży serce lewe ulega czasowemu przerostowi, który po porodzie lub z ustaniem karmienia znika zupełnie. Duroziez znalazł za pomocą wypuku powiększenie stłumienia serca u ciężarnych, Ducrest, Zambaco, Beraux (*Gazeta Lekarska*, t. I, 1881, Nr. 34) mogli się o tém przekonać przez mierzenie grubości ścian, Blot zaś przez ważenie. Przedrażnienie mięśnia sercowego, w następstwie zaś rozszerzenie a bardzo często i przerost przytrafia się, zdaniem lekarzy wojskowych, dosyć często u żołnierzy po gwałtownych marszach, w czasie uciążliwych kampanij. Da Costa (Seitz: *Ueberanstr. d. Herzens*, str. 4 i nast.), Atgers (*ibidem* str. 126 i nast.), Thurn (*ibidem* str. 336 i nast.), Fraentzel (*Virch. Archiv* t. 57, str. 215) i wszyscy inni, którzy baczniejszą zwracali uwagę na zachowanie się narządu krążenia w podobnych warunkach, podzielają zdanie to jednomyślnie. Da Costa przytacza nawet kilka takich przypadków, gdzie nietylko bezpośrednio po nasilonym marszu spostrzegał zwolna rozwijający się przerost serca, ale także jak ten przerost powoli przystępował do samoistnego zrazu rozszerzenia. Na 200 dokładnie spostrzeganych przypadków takiego samodzielnego przedrażnienia, wywołanego nadmiernym wysiłkiem fizycznym, znalazł on 28, okazujących niewątpliwy przerost, a 36 wątpliwych lub mięszanych, tj. takich, gdzie można było stwierdzić stopniowe przejścia od funkcyjonalnych zrazu zboczeń do właściwych organicznych, cechujących się istotnym przerostem serca.

Według Atgersa armija angielska w czasie kampanii w roku 1860 dostarczyła wykazom lekarskim 23 przypadków przerostu serca na tle zboczeń funkcyjonalnych ze zejściem śmiertelném, o wiele znaczniejszy procent zaś dla podobnéj przyczyny okazał się niezdolnym do pełnienia służby wojennéj. Podobne spostrzeżenia zebrał Fraentzel w czasie ostatniéj wojny francusko-niemieckiéj.

Zaburzenia w czynności serca, w szczególności zaś przerost jego, mają się pojawiać według niektórych autorów także skutkiem wpływów nerwowych lub częściéj się powtarzających wzruszeń umysłowych. Bernheim miał sposobność spostrzegać 5 przypadków przerostu serca, jaki się rozwinął po uprzednich palpitacyjach, Auguier, Ollivier (*Gazeta Lekarska*, 1881, T. I, Nr. 34) spostrzegli go przy rozmiękczeniu części szyjnéj rdzenia kręgowego, Reynaud (*Gazeta Lekarska*, T. I.. 1881, Nr. 34) w *paralysis bulbaris*, Riegel (*Gazeta Lekarska*, T. I., 1881, Nr. 34) w przypadku, gdzie był uciśnięty jeden nerw błędny, Beau (*Gazeta Lekarska*, T. I., 1881, Nr. 34) przytacza jeden przypadek sekcyją stwierdzony, gdzie rozszerzenie i przerost serca rozwijał się nagle po przerażeniu.

Mimo tak rozległéj kazuistyki, którąby jeszcze odosobnionemi, a licznie w literaturze rozrzuconemi przypadkami znacznie powiększyć można, nie brak przecież i autorów, którzy wiele ostrożniéj, niekiedy nawet wręcz przeciwnie w téj sprawie się wyrażają. I tak Bamberger (Seitz: (*Ueberanstr. des Herzens*, str. 166) nie zna ani jednego przypadku samoistnego przerostu serca, a jakkolwiek istnieniu jego wręcz nie przeczy, uważa przecież za rzecz jeszcze bardzo problematyczną, czy zwiększona inerwacyja przerost serca wywołać jest w stanie. Duchek (*Krankh. d. Herzens*, 1862, str. 100 i nast.) wyraża się z wielkiém niedo-

wierzaniem w tej mierze i mniema, że przerost serca tylko skutkiem mechanicznych przeszkód w krążeniu rozwinąć się może. Gerhardt (*Ausk. u. Perkuss.*, 1881, str. 278) spostrzegł go w daleko posuniętym okresie choroby, i to w nieznacznym stopniu u epileptyków, Dusch (*Lehrb. d. Herzkrankh.*, 1868, str. 102, 120, 150) zalicza go do chorób nadzwyczaj rzadkich, Botkin, Wasiljew (Pawiński: *Gazeta Lekarska,* T. III, 1883, Nr. 36, str. 684) powątpiewają w jego istnienie, zarówno jak i Skoda (*Abhandl. ü. Perkuss. u. Ausk.*, 1884, 319), który istnieniu samoistnego rozszerzenia serca nawet wręcz przeczy.

Jak zatém z zestawienia tego widzimy, bardzo poważni autorowie zapatrują się na samoistny przerost serca z wielkiém niedowierzaniem, a gdy nadto uwzględnimy i ta okoliczność, że nie wszystkie z wyż wymienionych przypadków, mające na korzyść jego przemawiać, ściślejszą krytykę wytrzymać mogą, sąd nasz w tej mierze tém bardziej oględnym być winien.

I tak spostrzeżenia autorów dawniejszych już dla tego samego nie mogą bardzo wchodzić w rachubę, że oni z powodu szczuplejszych wiadomości z anatomii patologicznej łatwo na stole sekcyjnym przeoczyć mogli delikatniejsze zmiany, któremi dałoby się może dostatecznie przerost serca wytłumaczyć.

Przypadki Peacocka prawie wszystkie niestwierdzane sekcyją, przez autorów innych niepotwierdzone, ani też niezaprzeczone, mają podobnie jak i przypadki Münzingera jeszcze tę ujemną stronę, że zanadto mało uwzględniono w nich zboczenia ze strony narządu oddechowego, które niemniej doniosły wpływ na krążenie wielkie wywrzeć mogą. Jeżeli słusznem jest twierdzenie Traubego, poparte później przez Cohnheima, że krew niedostatecznie odtleniona, a zatém przepełniona kwasem węglowym, działa drażniąco na ośrodki naczynio-ruchowe w rdzeniu przedłużonym, i w ten sposób cały układ naczyniowy utrzymuje w stanie silniejszego napięcia, to serce lewe przy pomyslnym składzie innych do tego potrzebnych warunków z konieczności musi przerastać, jeżeli nie mają powstać znaczniejsze zaburzenia w dużém krążeniu. Traube w ten sposób tłumaczy przerost komórki lewej przy niedomykalności zastawki dwukończystej, a Cohnheim w przewlekłych sprawach chorobowych narządu oddechowego, gdzie go kilkakrotnie spostrzegł. Niewątpliwie w tém znaczeniu rozumieć także należy szereg przypadków ogłoszonych przez Bäumlera: (*Deutsch. Arch. für klin. Med.*, t. XIX, str. 471), gdzie na stole sekcyjnym obok silnych, rozległych i obustronnych zrostów opłucnowych można było stwierdzić nietylko przerost prawej, ale także i lewej komórki. Jak wiadomo, górnicy w kopalniach w Kornwallii okazują w wysokim stopniu przypady dusznicy i przewlekłego nieżytu oskrzelowego, na tle którego łatwo też zrosty opłucnowe wytworzyć się mogą, tak że w obec szczegółów wyżej przytoczonych słusznie nasuwać się musi pytanie, ażali ten przerost serca lewego, jaki Peacock w nich spostrzegł, raczej z temi przypadami w przyczynowy związek wprowadzić nie należało. Jeżeli zaś przejrzymy protokoły sekcyjne tych przypadków, które Münzingera skłoniły do wprowadzenia w patologii tak zwanego tybingskiego serca, uderzyć musi, że właśnie w tych razach, gdzie wykazać można było bardzo silną rozedmę, powikłaną często z rozległemi zrostami opłucnowemi, najczęściej obok komórki prawej i lewa była przerosłą. Zdaniem naszém, mylném też jest twierdzenie autora tego, jakoby w jego przypadkach przerost serca lewego rozwinął się niezależnie od zboczeń chorobowych w narządzie oddechowym; przeciwnie prawdopodobniejszą jest rzeczą, że zboczenia te przyczyniły się wielce do wywołania przerostu serca lewego. (C. d. n.)

III. Oceny i sprawozdania.

Hirsch i Wernich: **Biographisches Lexicon der hervorragenden Aerzte aller Zeiten und Völker.** Wien und Leipzig, Urban und Schwarzenberg, 1884, in 8vo (zeszyt 1 i 2 str. 160).

Mamy przed sobą dwa pierwsze zeszyty dzieła na dość wielką skalę założonego, albowiem obejmować mającego 200 arkuszy druku, a wychodzącego nakładem współki księgarskiej wiedeńskiej, która od dziesiątka lat nieznużoną pracą i zabiegliwością zdobyła sobie pierwszorzędne miejsce w poczcie wydawców dzieł lekarskich nietylko we Wiedniu i Austryi, ale i w Niemczech. Przygotowania do wydawnictwa tego rozpoczęły się już przed 2 laty pod kierownictwem prof. Puschmanna w Wiedniu, a po jego usunięciu się redakcyję objęli prof. Hirsch i docent Wernich w Berlinie przy pomocy kilkudziesięciu współpracowników stałych, śród których wszystkie narodowości sa reprezentowane. Wszystko więc składa się na to, aby wielkie to dzieło zbiorowe śmiało rozpoczęte w krótkim czasie szczęśliwie do końca doprowadzoném zostało.

Słownik bijograficzny jest ogólniejszy od słownika, który posiadamy jako drogą spuściznę po nieodżałowanym Kośmińskim, bo obejmujący wszystkie narody i wszystkie czasy; praca to więc ogromna, ale podzielona pomiędzy 60 współpracowników, nie zaćmiewa ona zatém pracy naszego rodaka, który sam jeden nie uląkł się zadania olbrzymiego, owszem podnosi tylko jego zasługę rzucając należyte światło na śmiałe przedsiębiorstwo skromnego lekarza, który w osobie swojej jednoczył nakładcę, redaktora i pracownika. Dla lekarza polskiego słownik Kośmińskiego pozostanie nieocenionem i niewyczerpanem źródłem właśnie obok słownika ogólnego Hirscha i Wernicha, bo będzie jego uzupełnieniem.

W porządku abecadłowym obiecują autorowie podać nazwiska znakomitszych lekarzy, treściwy rys ich życia i zestawienie prac i zasług dla nauki; co do żyjących poprzestają na krótkich datach bijograficznych i podaniu prac ważniejszych; gwiazdka umieszczona przed nazwiskiem oznacza, że lekarz, o którym mowa, żyje, że więc akta co do niego jeszcze nie są zamknięte. We wstępie wyliczone są źródła, z których czerpano, a spis ten obejmuje 440 dzieł już to ogólnych, już to specyjalnych, z których niemieckie, francuskie i włoskie co do liczby przeważają; z dzieł polskich spotykamy się ze Zbiorem wiadomości do historyi sztuki lekarskiej w Polsce Gąsiorowskiego.

W dwóch pierwszych zeszytach mieszczą się życiorysy począwszy od Aaskowa, lekarza duńskiego, aż do Appoloniusa Mus, już to krótkie, już to obszerniejsze; niektóre artykuły są bardzo zajmujące, jak np. życiorysy Abercrombiego, Abernethego, Agassiza, Agrippy z Nettesheim, Ammona, Amussatów, Andrala, Anela, itd. Znajdujemy tu także wzmiankę o pierwszej akuszerce w Atenach pani Agnodike.

Że słownik bijograficzny ma rzeczywistą wartość dla lekarza, byłoby rzeczą zbyteczną dowodzić dla czytelnika polskiego, który zna słownik Kośmińskiego; wystarczy jeżeli przy-

pomnimy, że słownik taki jest prawdziwą pomocą dla każdego lekarza, który chce zapoznać się z historyją nauki swéj a tém bardziéj dla każdego, który zajęty pracą naukową szuka źródeł piśmienniczych; znajdzie on w słowniku z największą łatwością to, do odszukania czego dotąd potrzebował dużo czasu i zachodów.

Że w wydawnictwie takiém nie obejdzie się bez niektórych usterków, jest rzeczą jasną; to też już w pierwszych dwóch zeszytach niektóre braki spostrzegliśmy. Papier i druk są całkiem celowi odpowiednie, korekta atoli mogłaby być staranniejszą. *L. B.*

Loew i Bokorny: **Chemiczna różnica między żyjącém a martwém pierwoszczem.**

Już od połowy 19go stulecia przestano uważać siłę życia jako stojącą po za obrębem sił materyi, jednakowoż zagadką pozostało, na czém taż siła polega. Różni autorowie starali się w tym kierunku podać rozwiązanie, nie dotarli atoli do jądra sprawy. Wedle jednych z zmięszania różnorodnych ciał materyi wypływa jéj siła życia, inni szukali jéj w organizacyi materyi; wedle Moleschotta życie jest stanem materyi wywołanym właściwemi objawami ruchu, które rozbudza ciepło i światło, woda i powietrze, elektryczność i mechaniczne wstrząśnienie. Liebig twierdził, iż w organizmie zwierzęcia znamy jedno tylko źródło siły poruszającéj, a źródło to jest oraz przyczyną wzrostu części ciała, przyczyną nadającą mu odporność przeciw zewnętrznym czynnikom, czyli jest siłą życia. Pflüger pierwszy domyślał się rozwiązania zagadki życia w właściwym składzie chemicznym żyjącego białka, doszedłszy na drodze chemicznéj do przekonania, że połączenia azotu w żyjącém białku są odmienne od połączeń w białku martwém, a mianowicie ma się znajdować w białku żyjącém grupa połączeń sinu, która ze śmiercią komórki przechodzi w grupę amidu. Loew i Bokorny starali się wysnuć inną teoryję mogącą tłumaczyć objawy życia, także na tle chemiczném. W tym celu do swych doświadczeń użyli wodorostów wód słodkich, mianowicie szrubnic (*spirogyra*) i zrostnic (*zygnema*), nadających się do badań drobnowidowych dla swéj cienkiéj łatwo przenikliwéj błony, oraz dla częściowo bezbarwnego, obfitującego w wodę pierwoszcza. Rozbiór chemiczny tychże wykazał:

białko w ilości procentowéj	2,806
tłuszcz (małe ilości lecytyny i chlorofilu)	0,610
cukier	0,111
skrobię, śluz roślinny, ślad garbnika	6,077
składniki popiołu	000,9
wodę	90,387.

Wkładali wodorosty te całkiem świeże, nienaruszone do rozczynu azotanu srebrowego (0,001%), rychło występowało zczernienie, dowód wydzielania się srebra metalicznego w obec jakiegoś ciała łatwo tlen odbierającego. A gdy preparaty tych wodorostów badali pod mikroskopem, okazało się, iż to właśnie pierwoszcze komórek zczerniało; jedne komórki były jakby zasiane małemi czarnemi punkcikami, na innych widoczne były odosobnione kupki srebra, przyczém srebro najobficiéj wydzielało się na tych miejscach, które należy uważać za główne siedlisko żywotności komórek, tj. na ich krańcach i ziarnkach chlorofilu. Po użyciu zaś rozczynu względnie zgęszczonego (0,1%) wprawdzie szybko występowało to oddziaływanie, jednakowoż bardzo rychło ustawało, a ilość wydzielonego srebra była mniejsza, niż po użyciu rozczynu rozcieńczonego (0.001%).

Skoro zaś wodorosty te wystawiali na mechaniczne działanie, wysoką ciepłotę, znieczulające przetwory chemiczne, kwasy, alkalija, skoro im odjęli światło i przez to niejako głodzili niszcząc temi środkami żywotność, wtedy rozczyn srebra tak rozcieńczony jak zgęszczony pozostał wobec nich bez wpływu, brak było zczernienia. Na podstawie powyższych doświadczeń kuszą się autorowie w rozczynie azotanu srebrowego widzieć odczynnik na życie białka; bo inaczéj oddziaływanie powyższe winnoby występować w równéj mierze tak po użyciu rozczynów zgęszczonych jak i rozcieńczonych, powtóre powinnyby czernieć równie martwe komórki, jak i żyjące.

A gdy tak nie jest, śledzili autorowie przyczynę tego odmiennego zachowania się białka żyjącego a martwego w obec soli srebrowych. Idąc w ślad za zapatrywaniami niektórych autorów, jak Sachsego, widzą w składzie chemicznym białka żyjącego grupę aldehydów; a ponieważ ta grupa połączeń chemicznych jest obdarzona łatwą ruchliwością, czego wyrazem jest to nader łatwe i szybkie oddziaływanie wobec soli srebrowych, jakiém w tym stopniu żadne inne ciało się nie wyszczególnia, przeto wnoszą, iż na napięciu grupy aldehydów polega siła życia białka, które ginie z przejściem aldehydów w inne połączenia. *Dr. Wiczkowski.*

O. Heubner: **Doświadczenia nad dyfteryją.**

Praca autora otrzymała nagrodę cesarzowéj Augusty za najlepszą rozprawę o dyfteryi. W pracy téj autor rozstrzyga dwa zasadnicze pytania: 1) w jaki sposób i z jakich przyczyn powstają zmiany miejscowe w dyfteryi; 2) w jaki sposób i z jakich przyczyn powstaje następnie ogólne zakażenie.

W pierwszym więc dziale zastanawia się autor, czy można w jaki sposób wywołać zmiany miejscowe dyfterytyczne. Doświadczenia Cohnheima i Littena, którzy przez chwilowe wstrzymanie dopływu krwi wywoływali w tkankach sprawę nekrotyczną do dyfterytycznych zmian podobną (*Coagulationsnecrose* Weigerta), naprowadziły autora na myśl, czyby nie można zamiast dotąd używanych sposobów, polegających na miejscowém przyżeganiu błony śluzowéj wywołać miejscowe zmiany dyfterytyczne przez chwilowe wstrzymanie w błonie śluzowéj krążenia krwi. W tym celu Heubner podwiązał jedwabną nitką szyjkę pęcherza królika. Dopływ krwi tym sposobem był wstrzymanym przez dwie godziny. Zmiany występujące skutkiem tego zabiegu operacyjnego były następujące: W pierwszym dniu na błonie śluzowéj widocznem było silne obrzmienie z wynaczynieniami; przybłonek był zluźnionym i również surowiczo nasiąkłym. W drugim dniu błona śluzowa pokryła się wypociną stałą, ściętą. W trzecim dniu można już było widzieć ogniska dyfterytyczne pośród błony śluzowéj. W następnych dniach wytworzyła się nekroza (*„Coagulationsnecrose“*) przybłonka błony śluzowéj i tkanki podśluzowéj. Makroskopowo proces obecny niczém się nie różnił od złogów dyfterytycznych, jakie widzimy w dyfteryi samoistnéj, dyfteryi płoniczéj i w czerwonce. Cała sprawa chorobowa zatém, którą Heubner przez dwugodzinne wstrzymanie krążenia krwi na błonie śluzowéj wywołał, polegała na obrzmieniu surowiczém, na nacieku krwawym, na zmianach morfologicznych komórek przybłonkowych, na obumieraniu komórek, i następowém tworzeniu się błony włóknikowéj, złożonéj częścią z obumarłych komórek rozpadającego się przybłonka, częścią ze składników krwi, które przesiąkły z zapalnie zmienionych naczyń błony śluzowéj. Proces ten zatém całkowicie odpowiada zmianom, jakie według Weigerta wywołuje u ludzi krup

dyfterytyczny. A więc dyfteryja sztuczna powstaje zupełnie w ten sam sposób, jaki Cohnheim podaje za warunek powstania złogów dyfterytycznych skutkiem związku ciężkiego zapalenia tkanek z ich obumieraniem. Że w częściach dyfterytycznych na krótki czas jeszcze przed śmiercią krążenie krwi miało miejsce, udowodnił autor przez zabarwienie prątków w krwi, w sposób, jak się to robi przy sztucznem zakażeniu prątkami wąglika.

Na podstawie powyższego doświadczenia można sobie zatém przedstawić łatwo proces, jaki wywołuje u ludzi powstanie miejscowych błon krupowych. Oto przyczyną całą jest kurcz siluy naczyń włosowatych błony śluzowéj, który na jakie dwie godziny wstrzymuje krążenie krwi. Podobnież może wstrzymać chwilowo krążenie krwi skurcz osłonki migdałków.

Dyfteryja, sztucznie przez Heubnera wywołana, nie dała się na zwierzęta przeszczepić.

W każdym razie z pierwszéj części pracy Heubnera wynika, że i warunki miejscowe powstania zwykłéj dyfteryi u ludzi nie mogą być inne, jak w doświadczeniu powyżéj opisaném. I miejscowy proces chorobowy błony śluzowéj nie jest przyczyną ogólnego zakażenia, jak świadczą doświadczenia wykonane z zachowaniem wszystkich ostrożności antyseptyki. Szczepienie zwierząt zmianami miejscowéj dyfteryi nie jest dla nich szkodliwém, czyli innemi słowy Heubner wykazał przyczyny, które wywołują powstawanie błony Brétonneaua, nie udało mu się jednak wywołać saméj choroby, którą pierwszy dokładnie opisał Brétonneau.

W drugiéj części stara się autor o sztuczne złączenie objawów dyfteryi miejscowéj z objawami ogólnego zakażenia. W tym celu wywoływał u zwierząt naprzód zmiany dyfterytyczne miejscowe. Następnie zaszczepił je wąglikiem. Na częściach dyfterytycznych można było teraz wykazać liczne bardzo nagromadzenia prątków wąglika, ale t y l k o pośród naczyń, n i g d y zaś zewnątrz ścian naczyniowych.

Następnie zaszczepił znów podobnie zwierzęta z miejscową dyfteryją masami dyfterytycznemi, wziętemi ze złogów złośliwej dyfteryi ludzkiéj. U zwierząt wystąpiło obrzmienie śledziony, wynaczynienie na błonach surowiczych i objawy ogólnego zakażenia. W 2—3 dni następowała śmierć. W tym razie masa trująca zbierała się na błonie śluzowéj chorobowo zmienionéj w takiéj ilości, że szczepienie cząstkami téj błony wywoływało objawy o wiele silniejszego zakażenia aniżeli szczepienie masą pierwotną. Śmierć następowała jeszcze prędzéj niż u pierwszego zwierzęcia. Szczepienie błoną śluzową pęcherza, zmianie niepodległą, nie miało żadnych następstw.

Również masy zebrane ze złogów dyfteryi płoniczéj były gwałtownie trującemi. W pierwszém doświadczeniu śmierć zwierzęcia nastąpiła w ciągu 60 godzin, w drugim w ciągu 43 godzin. I w tym razie jad dyfterytyczny dał się przeszczepiać, wywołując gwałtowne objawy ostrego, ogólnego zakażenia. Jad ten gromadził się głównie w błonie śluzowéj miejscowo dyfterytycznie zmienionéj.

Zachodzi teraz pytanie, czy objawy zatrucia polegały na działaniu właściwego jadu dyfterytycznego, czy téż były skutkiem otrucia istotami septycznemi, których byt wykazał Koch, a które zdaniem Reynauda, Lannelonguea, Vulpiana i Kühna znajdują się w ślinie zdrowego człowieka, działając trująco na króliki.

Heubner więc doświadczenia powyższych autorów powtórzył. Ślina ludzka zaszczepiona królikom działa septycznie, już to wywołując objawy obrzęku złośliwego, już to septykemii, nekrozy postępującéj, pyemii z przerzutami. Bezwątpienia więc w zdrowéj ślinie ludzkiéj znajdują się bakteryje septyczne. Zdaje się także bardzo do prawdy podobném, że w ślinie znajdują się i inne prątki, które zaszczepione królikom wywołują, stósownie do rodzaju, różne postacie chorób zakaźnych.

A zatém objawy chorobowe wywołane przez szczepienie złogów dyfteryi właściwéj jak i dyfteryi płoniczéj, nie polegały jedynie na obecności jadu dyfterytycznego, lecz i na obecności innych, przypadkowo obecnych form grzybkowych. W s z y s t k i e z a t é m d o t y c h c z a s o w e w n i o s k i, w y s n u w a n e z d o ś w i a d c z e ń r o b i o n y c h p r z e z s z c z e p i e n i e z ł o g ó w d y f t e r y t y c z n y c h, z b i e r a n y c h z m i g d a ł k ó w l u d z k i c h, n i e m a j ą ż a d n é j p o d s t a w y.

Jeżeliby ktoś chciał wykazać jad dyfterytyczny, to według doświadczeń Heubnera, musiałby udowodnić przedewszystkiém obecność swoistych prątków w naczyniach. Po śmierci więc, która nastąpiła pośród objawów ogólnego zakażenia, powinnyby się znaleść bakteryje, wypełniające naczynia wszystkich ważnych narządów, jak nerek, wątroby, błony śluzowéj itd. Tymczasem dotychczasowe szczepienia jadem dyfterytycznym dały w tym kierunku rezultat ujemny: w naczyniach nie wykryto mikrorganizmów. A zatém grzybki wykrywane w masie rozpadowéj, tworzącéj złogi dyfterytyczne w jamie ust, powstają skutkiem zmian chorobowych, a nie są przyczyną tych zmian.

Jad dyfterytyczny i nadal pozostaje dla nas nieznanym, Heubnerowi udało się tylko wywołać zmiany pokrewne, miejscowe, i rozebrać przyczyny, wywołujące te zmiany. (*Allg. C. Ztg.* 1883). *Kopff.*

J. K o t z m u t h (w Lublanie): **Śmierć z chloroformu.**

Czternastoletni chłopiec z gębczastém zapaleniem stawu skokowego przebył jednę narkozę chloroformową bez żadnéj szkody. Po kilku tygodniach zachloroformowano go powtórnie w celu wykonania amputacyi Symego. Z początku przebieg narkozy prawidłowy, potém dwukrotne wymioty, nagle tętno staje się niespokojne, oczy stają słupem, czynność serca ustaje, potém kilka wdechów i chory umarł; wszelkie próby ożywienia pozostały bez skutku. Przy oględzinach pośmiertnych znaleziono gruzełkowate zapalenie opon mózgowych z nagromadzeniem mętnéj cieczy surowiczéj na sklepieniu i podstawie czaszki, mózg niedokrewny.—W oskrzelach nieco płynu krwawego, pienistego, zresztą płuca zdrowe. Serce bardzo wiotkie, ściany jego, zwłaszcza komórki prawéj, bardzo cienkie (jak karta), wiotkie komórki rozszerzone zawierają nieco krwi ciemnéj gęstawéj; wątroba i nerki przekrwione, zresztą zmian żadnych. Do narkozy zużyto 70 gramów zwykłego chloroformu czystego (nie mięszaniny z eterem i wyskokiem).

Autor obwinia przewlekłe zapalenie opon mózgowych, wiotkość i zanik serca oraz ogólną niedokrewność jako przyczyny śmierci a chloroform był tylko jéj najbliższym powodem. (*Wiener med. Presse* Nr. 47). *Dr. Schramm.*

Wiadomości pomniejsze.

(γ) **Wpływ kurzu biblijotecznego na zdrowie.** Dr. L a y e t przedstawił Towarzystwu higijenicznemu w Bordeaux spostrzeżenia, jakie zrobił na kilku osobach zajętych w biblijotece Wydziału lekarskiego, gdzie okazała się potrzeba przełożenia książek na półkach. Praca ta poruszyła ogromną ilość kurzu, a bi-

blijotekarze i posługacze użyci do przekładania książek zapadli na gorączkę, ogólną niemoc, nieżyt, zajęcie oskrzeli, zajęcie oczu, gwałtowny ból głowy itd. Równoczesne wystąpienie przypadów u znaczniejszéj liczby osób zajętych w biblijotece Wydziału lekarskiego naprowadziło Dra L. na myśl, czy nie należy tych chorób przypisać kurzowi z książek, a mianowicie drobniutkim pasorzytom, jakie się w nim znajdować mogą. Dr. L. polecił zbadać pod mikroskopem zebrany pył, a Bentejac znalazł przy wielkiém powiększeniu żyjątka poruszające się nadzwyczaj szybko, prawdziwe mętwiki, a obok nich mikrokoki, które jodoform ubezwładniał, prócz tego zarodniki i nitki micelijum. Każdy kurz zawiera te poruszające się pyłki, należałoby je hodować dla wykazania rodzajów szkodliwych, jeżeli te istnieją, i robić doświadczenia dla przekonania się, czy kurz działa tylko drażniąco na błony śluzowe, czy też ma coś podobnego do gorączki siennéj. Są to pytania, które może być, że Dr. L. zechce zbadać dokładniéj, tymczasem nie ulega wątpliwości, że niehigijeniczném jest wdechanie kurzu czasem wiekowego starych książek i narażenie się na choroby przerzucając w dniach kilku całą biblijotekę. *(Gazette hebdomad. de sciences médicales de Bordeaux*, 1883).

(γ) **Abrotin.** Craveri podaje w *l'Union Pharm.* XXIV. 410, że pospolite na południu drzewo *Artemisia abrotanum* dostarcza krystalizującego alkaloidu, który on nazwał abrotinem. Otrzymano siarkan, wodochloran i cytrynian, które wszystkie doskonale krystalizują, a wodochloran jest zupełnie w wodzie rozpuszczalny. Przedwstępne fizyjologiczne doświadczenia z abrotinem robił Dr. Giacova i znalazł, że obniża on nagle ciepłotę ciała i powstrzymuje działanie serca u żab w przeciągu kilku minut, alkaloid ten i jego sole zdają się zatém posiadać własności zapobiegania gniciu istot białkowatych. *(Pharmaceutical Journ.* Wrzesień. 1883).

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sprawozdanie z Walnego Zgromadzenia członków Wydziału lekarskiego Tow. Przyj. Nauk Poznańskiego z d. 23 czerwca 1883.

W przedpołudniowych godzinach zwiedzali koledzy, stosownie do zwykłego porządku, szpitale Sióstr Miłosierdzia, św. Józefa i Zakład okulistyczny Dra Wicherkiewicza.

Na popołudniowe posiedzenie dość liczny zebrał się zastęp kolegów; z zamiejscowych przybyli koll. Wlazłowski, Pernaczyński z Wrześni i Radziejewski z Janowa, z miejscowych byli obecni koll. Zielewicz, Koszutski, Grodzki, Jerzykowski, Jarnatowski, Kapuściński, Kramarkiewicz, Batkowski, Osowicki, Szulc i sekretarz. Na przewodniczącego uproszono Dra Radziejewskiego.

Według porządku obrad przystąpiono do omówienia „chorób pomorowych", przyczém zabrał pierwszy głos kol. Koszutski podnosząc, że przeważnie znowu chwilowo zimnica i zapalenie gardła panują, w niektórych okolicach płonica z zapaleniem gardła; przebieg tych chorób łagodny. Kol. K. wspomina przy téj sposobności o kilku przypadkach chorobowych, lubo one nie należą ściśle do działu chorób pomorowych. Pięć kobiet zgłosiło się prawie równocześnie do kol. K. skarżąc się na jedne i te same główne objawy, t. j. na swędzenie i na wyprysk w okolicy pochwy. Przyczyny dopatrzył się kol. K. we wszystkich tych przypadkach w cukrzycy.

Kol. Zielewicz nawięzując do uwagi poprzednika o chorobach kobiet, opowiada przypadek, w którym znalazł zapalenie ujścia cewki. Cewka zajętą była gąbczastą czerwoną masą; środki ściągające, nie łatwo dające się w tych miejscach zastosować, nie wywarły pożądanego skutku. Kol. Jerzykowski przypuszcza, że chodziło w tym przypadku o rozpadlinę cewki moczowéj, która wywołała zapalenie i zapytuje, czy kol. Zielewicz nie badał endoskopem? na co tenże odpowiada, że tylko małym swym palcem badał cewkę, lecz nic nie znalazł.

Kol. Radziejewski chwali nadzwyczajną skuteczność nowego środka *chinolinum tartaricum* w kokluszu. Używał go u własnych dzieci i opowiada, że w krótkim czasie środek ten, podawany w zwyczajnym rozczynie wodnym i to w stosunku 1:180 co 3 godziny po łyżeczce od kawy, usunął owe kurczowe napady kaszlu (w 10—14 dni) pozostawiając zwykły nieżyt dróg oddechowych, który ustępował pod wpływem korzenia ipekakuany, a na uwagę kilku kolegów, że środka tego dla wstrętnego smaku dzieci brać nie chcą, kol. R. zapewnia, że w zwyczajnym wodnym roztworze bez dodania syropu środek ten przypominający, smak wody migdałowéj nie jest przykrym.

Nastąpił referat kol. Zielewicza w sprawie: „czy miejscowe leczenie dyfteryi w obec dzisiejszych pojęć naukowych jest na czasie."? W pięknym i wyczerpującym referacie wspomniał kol. Z. o nowszych zapatrywaniach i skłania się sam do leczenia miejscowego i ogólnego téj trapiącéj ludzkość choroby.

Przy rozprawach nad tym przedmiotem zwraca kol. Koszutski na to uwagę, że są przypadki dyfteryi, które same przez się, bez lekarskiego przyczynienia się łatwo ustępują, inne zaś, w obec których jesteśmy bezsilni; przemawia raczéj za wystrzykiwaniem części zajętych aniżeli za pędzlowaniem lub przyżeganiem, przy czém łatwo silne skaleczenie zdziałać można. — Kol. Jarnatowski radzi ze względu na to, że przeciwko prątkom żadnego nie posiadamy skutecznego środka, leczyć jedynie symptomatycznie. Nie wszystko zresztą jest dyfteryją, co się nią nazywa. W ogóle pozostawić pragnie każdemu koledze do woli, co w poszczególnym przypadku dyfteryi uczynić. — Kol. Kapuściński podnosi, że przyznajemy się do niemocy w obec dyfteryi ran, a gdy ostatnia w gardle osiędzie, zdaje nam się, że skutecznie zwalczyć ją zdołamy; zwyczajnym téż to przypadkiem być mieni, jeżeli z prawdziwéj dyfteryi chory jaki wyjdzie. — Kol. Jerzykowski jest przeciwny pędzlowaniu; widział bowiem tylko zawsze z tego szkodę, używa téż jedynie środków pobudzających, a unika chininu, któremu przypisuje szkodliwy nieraz skutek. — Kol. Radziejewski opisuje trzy pomory dyfteryi bez i z płonicą połączone w Łopiennie, Rogowie i Janowcu. Sześćdziesiąt było przypadków śmiertelnych. Jest tego zdania, że nabrzmienie gruczołów zapowiada ogólne zakażenie, leczy miejscowo, aby zapobiedz dalszemu odradzaniu się przyrzutu na części ciała zajętéj, ale téż i ogólnie występuje przeciw zakażeniu krwi. Pędzluje 10% kwasem karbolowym roztworzonym w spirytusie i glicerynie, oprócz tego każe wziewać 4% kwas karbolowy, w gorączce podaje chinin z bromkiem potasu, przytém zaleca chorym wino, koniak lub zwyczajną nawet wódkę. W końcu opowiada przypadek dyfteryi u trzyletniego dziecka, gdzie w skutek nieostrożnego przełamania zęba wśród leczenia nastąpiła dyfteryja dziąseł, następnie wypadnięcie wszystkich prawie zębów i odłuszczenie górnéj części żuchwy (część tę odłuszczoną przedłożył kolegom). W końcu twierdzi kol. R., że dopóki pokłady dyfteryjne nie dają się powonieniu we znaki, dopóty dyfteryja nie jest groźną, inaczéj zaś gdy następuje smrodliwe ulatnianie. — Kol. Wlazłowski nie jest za miejscowém leczeniem, chyba tylko wtenczas, gdy choroba bardzo się przewleka, przemawia zaś za środkami ogólnemi. — Kol. Koszutski przypomina skuteczność środka poleconego przez kol. Kaczorowskiego, t. j. *tinct. jodi* ze solą, którego odtąd często z zamiłowaniem używał. — Kol. Pernaczyński rozróżnia dyfteryję samoistną i płoniczą. Ostatnia, zdaniem jego, zawsze ma łagodny przebieg; co do samoistnéj zaś, to przypadki stają się groźne w skutek zakażenia krwi. Przytacza téż przypadek, w którym chłopiec na wardze dolnéj miał pokład dyfteryjny średnicy 1cm. Ile razy go kol. P. przyżegał lub téż wypalał, zawsze nowe pokazały się pokłady. Odtąd téż nie używa tych środków energicznych, zalecając raczéj tylko chorym przepłukiwanie. Występując przeciwko sposobowi podawania chininu z bromkiem potasu i to ze względów chemicznych, sam zaleca dwuchlorek rtęciowy z białkiem, który podaje, wcierając równocześnie co pół godziny szaruchę w szyję i kark, dopóki ślinotok nie nastąpi. Wyłuszczenia żuchwy kol. P. także widywał.

Po kilku jeszcze uwagach wyjaśniających przeważnie osobiste nieporozumienia pomiędzy kolegami Radziejewskim,

Jarnatowskim, Jerzykowskim, Koszutskim i innymi zabrał raz jeszcze kol. Zielewicz głos, aby zakończyć rozprawę nad tym przedmiotem wyrażając nader słuszne życzenie, ażeby w obec tak różnorodnych zapatrywań co do istoty i sposobu leczenia dyfteryi, koledzy okazywali się pobłażliwymi dla innych niepodzielających ich własnych zapatrywań.

Stosownie do porządku obrad nastąpił bardzo dokładnie opracowany referat kol. Koszutskiego, o sposobach leczenia choleryny u niemowląt. Kol. Koszutski w następujący przemówił sposób: Nim przystąpię do sprawozdania: „Jaki sposób leczenia choleryny niemowląt uznać możemy obecnie za najlepszy?“ pozwólcie Panowie choć pokrótce przedstawić sobie kilka zapisków etyjologicznych, groźnego tego cierpienia dotyczących. Choleryna niemowląt była w ostatnich latach przedmiotem badań niemieckich, angielskich i amerykańskich lekarzy, przecież pomimo usilnych zabiegów nie zdobyto się jeszcze na zgodny sąd pod względem etyjologii. Dr. Johnston w Leicester w rozprawie swéj w 1879 roku ogłoszonéj twierdzi, że powodem choleryny jest kanalizacyja. Po obserwacyjach, które nieustannie przez 18cie miesięcy odbywał nad drobnowidowemi ustrojami zawartemi w powietrzu kanałów i ich otoczenia, następujące zestawił twierdzenia: 1. że wilgotne powietrze źle oczyszczonych, niedostatecznie odwietrzonych kanałów zawiera, skoro ponad 14°C. jest ogrzaném, zaczynniki (*micrococcus)* i prątki (*bacterium termo*), których liczba z podnoszącą się temperaturą wzrasta, 2. że owe bakteryje do rur wodociągowych się dostają i na zastawkach się osadzają, 3. że w dniach gorących i suchych organizmy te, po dostateczném wyparowaniu, udzielają się powietrzu i stają się powodem gnicia w płynach kiśnieniu podlegających i w różnych zwierzęcych i roślinnych materyjach. Johnston twierdzi, że cholera *infantum vel aestiva* głównie po dostaniu się bakteryj do ustroju niemowlęcia przez pożywienie lub powietrze powstaje, że polega na gniciu treści jelit i z wzrostem organizmów drobnowidowych ręka w rękę postępuje. Z siedmdziesięciu sprawozdań zebranych po większych miastach Anglii choleryną nawiedzanych, wynikło, zdaniem jego, że miasta z małą śmiertelnością dobrą posiadały kanalizacyję, t. j. że kał i nieczystości szybko miasto opuszczały, że zaś przeciwnie w grodach choleryną nawiedzonych kanały ciecz kanałową nie rychło odprowadzały i to z powodu równiny, na której były założone. Na wywody Johnstona godzi się Buck, Franklin, słynny angielski higijenista Simon i komisyja dublińska. Stolica Irlandyi, nawiedzana corocznie choleryną, wykazuje pomimo uroczego swego położenia, mimo łagodnego klimatu, obfitości wody i wodociągów — największą w całéj Anglii śmiertelność niemowląt podczas lata. Stwierdzono, że Dublin nędzną i źle odwietrzać się dającą posiada kanalizacyję; ztąd téż poważne głosy podniosły się za jéj zniesieniem zupełném, — polecając wynalazek Liernura (Reclam: *Die Sommer-Diarrhoe der Säuglinge als Folge der Canalisation. Gesundheit*, r. VII, 1882, Nr. 16) oparty na systemie pneumatycznym. Troskliwe i staranne od 1851 roku zbierane sprawozdania i obserwacyje Dra Cook Weir w Leicester były powodem sporu naukowego o cholerynę z znanym statystykiem Drem Farrem, który ją do chorób zakaźnych zalicza, a na co badacz pierwszy wcale się nie godzi. Dr. Turner z Portsmouth na tle statystyki londyńskiéj przedstawił na posiedzeniu epidemijologicznego Towarzystwa, jako etyjologiczny moment choleryny oprócz kanalizacyi, jeszcze skutki skombinowane nieodpowiedniego, sztucznego żywienia, gorąca i niedostatku. Prof. Clerce Miller w przyczynku swym do etyjologii, patologii i terapii choleryny u dzieci, twierdzi na mocy obserwacyi po większych miastach północnéj Ameryki poczynionych, że głównie stałe gorąco wynoszące 24°C. chorobę tę sprowadza. Z wzrostem gorąca przez 6—10 dni trwającego mnożą się przypadki, z obniżeniem się temperatury lub obfitym deszczem niknie niebezpieczeństwo, nie zaprzecza zaś, że złe powietrze, kloaczne gazy także pewien wpływ na rozwój choleryny mieć mogą, Meissner przedstawia zgodnie z Millerem, że wysoki stan termometru i barometru, przez dni kilka stale się utrzymujący, nader jest szkodliwym a zdanie to dzieli także Bernard, Crasse i inni. Prof. Leube w pracy swéj w dziele zbiorowém Ziemssena zamieszczonéj utrzymuje, że fermentujące zawartości jelit niemowlęcia są powodem wymiotów i nadmiernych robaczkowych ruchów kiszek. Prof. Henoch podnosi jako główne źródło choleryny, sztuczne żywienie niemowląt i przejście z karmienia do innego pożywienia, zwłaszcza u dzieci w niedostatku żyjących, nie wyklucza jednak przypuszczenia, że istnieje zakażenie, za czém epidemiczne pojawianie się choroby przemawia, i nie godzi się na odrębną postać wykrytych dotąd bakteryj. Hensch spodziewa się, że dalsze badania do pomyślnego doprowadzą rezultatu, bo prócz gorąca jeszcze koniecznie w rozwoju choroby odgrywać muszą rolę popierającą zarodki zakaźne (*infectiöse Keime*). Wielu niemieckich badaczy godzi się z zdaniem Widerhofera, że źle wietrzone pomieszkania, niedostatek, przepełnione szpitale dziecięce, domy podrzutków, nędzne żywienie niemowląt i dzieci odłączonych od piersi wśród gorącego lata są powodem choleryny. Baginsky i Epstein obwiniają znów przeważnie proces zgnilizny w pożywkach, nie zbadali zaś jeszcze podejrzywanéj specyficznéj materyi zakaźnéj (grzybicy kiszkowéj). Że ona istnieć musi, zwłaszcza w przypadkach choleryny nagle powstałych, twierdzi Soltmann i zaznacza przedostanie się jéj do ustroju niemowlęcia z pożywieniem lub mlekiem. Widerhofer wypowiada stanowczo, że mleko fałszowane lub od chorych zwierząt pochodzące, jest często wyłącznym choleryny powodem. Czyby nie wypadało śledzić także dokładnie działania mleka podawanego niemowlętom w dni gorące, a pochodzącego od krów po łąkach i pastwiskach się karmiących? W higijenicznych swych wywodach o mleku wypowiada Loebisch (*Real Encyclopädie* 1881) zgodnie z Taylorem, że trujące części składowe mleka nietylko tam powstają, gdzie je w stanie kwaskowatym w naczyniach metalowych przechowują, ale nawet i wtenczas, jeźli zwierzęta mleko dające żywią się paszą kisnącą w metalowych naczyniach zachowaną. Podaje nadto, że mleko zwierząt które rośliny drastycznie działające pożarły, szkodliwie wpływać musi. Użyte jako środek leczniczy przetwory jodu, antymonu, rtęci itd. w mleku odszukać można. Mnożą się, zdaniem jego, przekonania, że mleko jest przenośnikiem zarazy w różnych ciężkich chorobach zakaźnych. (Dok. nast.)

V. Z wystawy higijenicznéj w Berlinie.

Berlin 1 Października 1883.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 46).

Co do szczepienia ochronnego to szczepienie wprost ze zwierząt (*animale Vaccination*) zyskujące i słusznie coraz więcéj zwolenników w Niemczech głównie zasługuje na uwagę, a mianowicie wystawy Dr. Pissina głównego krzewiciela tego sposobu w Niemczech, Dra Fürsta z Lipska i wystawa hamburskiego Zakładu zostającego pod kierunkiem Dra Voigta. W wystawach tych znajdują się modele stołów do szczepienia, narzędzia do tego służące i liczne sprawozdania wykazujące rozwój tych zakładów i udoskonalenia, jakie w zbieraniu krowianki poczyniono, tak że przy szczepieniu wprost z cieląt otrzymujemy przy pierwszém szczepieniu korzystny wynik 96 do 99·1 razy na 100 a przy powtórném szczepieniu (*revaccinatio)* 43 do 84 razy. Prawie równie dobre wyniki daje szczepienie zasuszoną krowianką, jeżeli zasuszenie i przechowywanie z odpowiedniemi nastąpi ostrożnościami. Dr. Fürst wystawił osobny przyrząd do suszenia krowianki.

W następnéj grupie piętnastéj, pomieszczono wszystko, co odnosi się do udzielania pierwszéj pomocy uległym przypadkom lub tym, którzy nagle zachorowali. Pierwsze miejsce pod tym względem należy się Towarzystwu ratunkowemu wiedeńskiemu, niedawno dopiero po pamiętnéj katastrofie w Ringtheater założonemu. Wystawa tego Towarzystwa, nagrodzona złotym medalem, mieści powozy do przewozu chorych lub uległych przypadkowi, z pomiędzy których zasługują na wzmiankę przeznaczony do przewozu umysłowo-chorych i drugi do przewozu dotkniętych chorobami zakaźnemi, nosze do przenoszenia rannych w mieście i w polu, do znoszenia rannych z poddaszy i po

wąskich schodach, stół operacyjny oraz przyrządy ratunkowe itd. W téj grupie zasługuje daléj na uwagę wystawa Towarzystwa noszącego nazwę *Samariter Verein*, przez prof. Esmarcha przed rokiem założonego. Towarzystwo to założyło sobie szerzyć między nielekarzami wiadomości o udzielaniu pomocy na razie w nagłych przypadkach, — w krótkim przeciągu czasu swego istnienia napotkało z jednéj strony na licznych zwolenników ale z drugiéj strony i na przeciwników, którzy nie tylko po różnych dziennikach ale i na zeszłorocznym Zjeździe lekarzy i przyrodników niemieckich w Eisenach głos podnieśli. Czynione zarzuty zbił prof. Esmarch w zręczny a dosadny sposób w wykładzie, który miał w Berlinie w maju rb. Wystawa tego Towarzystwa mieści zbiór przyborów do nauki udzielania pomocy w nagłych przypadkach przed przybyciem lekarza oraz tablice i broszury tego przedmiotu dotyczące.

W grupie szesnastéj pomieszczono przedmioty odnoszące się do pieczy koło chorych. Widzimy tu łoża wszelkiego rodzaju, przyrządy do kąpieli, narzędzia lekarskie i chirurgiczne, sztuczne członki, przybory aptekarskie i przetwory farmaceutyczne, wody lekarskie, środki opatrunkowe itd. Rozmaitość pomieszczonych tu rzeczy przedstawiała sposobność do popisu dla licznych fabrykantów tych przedmiotów. Przeszło 80 fabrykantów wszelkiego rodzaju narzędzi, między tymi najsłynniejsze fabryki niemieckie, nadesłało swe wyroby, które dokładnością wyrobu i elegancyją zwracają uwagę lekarzy zwiedzających wystawę. Około obfitego także szeregu materacy, łóżek, stołków do użytku i do przewożenia chorych, wszelkich przyborów do pielęgnowania chorych, skupia się zawsze publiczność zwracając uwagę na przedmioty nie zawsze na to zasługujące. W wystawie środków opatrunkowych wzięło udział z górą 20 wystawców. Cały a tak obfity arsenał nowszych środków aseptycznych jest tu reprezentowany, nie tylko jodoform, tymol, hidrochinon, resorcyn, eucalyptol i gaza antyseptyczna znalazły tu miejsce, ale i wełna drzewna, piasek, kora topolowa, proszek drzewny, torf itd. Lekarz niebędący chirurgiem z zawodu nie może dostrzedz zalet pojedynczych tych środków, zwłaszcza, że należałoby je sądzić po otrzymanych wynikach na operowanych a temi środkami opatrywanych. Toż samo powiedzieć wypada o sztucznych członkach, również do téj grupy zaliczonych. Urządzenia apteczne i leki czynią nader przyjemne wrażenie na zwiedzającym, szczegółowsze jednak sprawozdanie z tego działu zajęłoby zanadto wiele miejsca; wspomnę więc tylko, że w całéj téj wystawie widać dążność do wydoskonalenia sposobów podawania środków lekarskich tak, aby chorym ułatwić zażywanie środków nieprzyjemnych, ztąd liczne okazy kapsułek, komprymowanych proszków Limousina, win leczniczych itd.

Na wzmiankę zasługują téż apteczki podręczne, domowe itd., mianowicie apteczka doraźna dla gmin o 1000 mieszkańców według układu prof. Esmarcha.

Niejako najazd wystawy przez wody mineralne był do przewidzenia, zdrojowiska najmniéj znane skorzystały ze sposobności przedstawienia się publiczności, któréj uwagę starały się na siebie zwrócić przez wystawy swych urządzeń i rozgłośne prospekta. — Cel jednak tych reklam został po większéj części chybiony. Dział ten, wprawdzie obfity, był na wystawie w znacznéj części zbytecznym, bo niektóre tylko z urządzeń zakładów zdrojowych mają związek z higijeną w ściślejszém znaczeniu.

Grupa siedmnasta obejmuje przedmioty odnoszące się do zdrowia w wojsku i w marynarce. Jest to może stosunkowo najobfitszy i najzupełniejszy dział wystawy, złożyły się nań nie tylko ministerstwa wojny różnych krajów (pruskie, austryjackie, bawarskie itd.) ale i różne Towarzystwa Czerwonego Krzyża, Zarządy różnych kolei, oraz Towarzystwa dla niesienia pomocy w wojnie. Przedmioty téj grupy znalazły pomieszczenie częścią pod gołém niebem, częścią pod łukami wiaduktu kolei miejskiéj, a częścią w osobnéj szopie, w któréj ustawiono różne wagony kolejowe przeznaczone dla przewozu rannych. Bardzo pokaźne stanowisko w tym dziale wystawy zajmują przedmioty z Austryi; odznacza się nie tylko wystawa austro-węgierskiego ministerstwa wojny, ale także i wystawy obu Towarzystw Czerwonego Krzyża oraz przedmioty wystawione przez niektórych lekarzy wojskowych armii austryjackiéj. — Wojna w Bośnii, kraju nader górzystym, przekonała, iż przewóz rannych z pola bitew, i tak zwykle trudny, napotyka w górach na nowe trudności i wymaga odmiennych przyrządów do przenoszenia i przewozu rannych od tych, jakiemi posługiwano się dotąd w czasie ostatnich wojen na płaszczyznach. Dział austryjacki obfituje téż w różnego rodzaju nosze do użytku w górach do przenoszenia rannych przez nosiarzy lub do transportu rannych na koniach lub mułach. Bardzo dobrze przedstawiają się wozy do przewozu rannych, wystawione przez austryjackie Towarzystwo Krzyża Czerwonego, wystawione zaś przez Tow. węgierskie, acz nie mniéj ładnie urządzone, zdają się jednak mniéj celowi odpowiedniemi, bo czynią wrażenie nader ciężkich.

Mimo ważności tego działu nie kuszę się o szczegółowy opis wystawionych przedmiotów, mógłby to uczynić jedynie lekarz, który przebył jakąś kampaniję, poznał praktycznie trudności przewozu rannych, taki bowiem mógłby ocenić, o ile w wystawionych ulepszonych okazach unikniono wad dawniejszych środków przewozu rannych. Licznym téż jest szereg różnych namiotów, czy to do pomieszczenia pod niemi rannych czy téż w innych celach, są one z płotna nieprzemakalnego, z którego nawet wannę do użytku w czasie wojny przeznaczoną wystawił fabrykant Kalmus z Berlina. Na wzmiankę zasługuje przenośny szpital obejmujący oddzielne przestrzenie na 12 chorych, na kuchnię, na pokój dla pielęgniarki, na wychodek itd. wystawiony przez Dockera z Kopenhagi. Jest to rodzaj baraka z nieprzemakalnego filcu, który może być spakowanym do przewozu w jednę dużą skrzynię lub kilka mniejszych. Według podania wystawcy będzie bardzo trwałym i przetrwać może 25 lat, co obok innych wielkich jego zalet, jak łatwego przenoszenia, możliwości zaprowadzenia przewietrzania i opalania oraz taniości (ma kosztować tylko 3.400 franków), zjedna mu niewątpliwie wkrótce wziętość. Zarząd wojskowéj niemieckiéj marynarki wystawił okaz salki szpitalnéj na okręcie i apteczki okrętowéj. Wygoda, oszczędność miejsca a z drugiéj strony zasób potrzebnych środków i sprzętów uderzają każdego lekarza, umiejącego ocenić trudność pogodzenia tych trzech warunków.

Jak już wspomniałem, pod osobną szopą mieści się szereg wagonów kolejowych a to wystawionych z dwojakiego względu, jedne z powodu, iż przeznaczone są do przewozu rannych w czasie wojny, drugie dla okazania przyrządów do hamowania. W obec tego, że dziś taktyka wojenna polega na szybkich ruchach znacznych mas wojska, odwóz rannych i chorych do szpitali, zdala od teatru wojny położonych, nabrał wielkiego znaczenia a to tém bardziéj, że doświadczenie

okazało wybitne korzyści systemu rozpraszania chorych zamiast gromadzenia ich po szpitalach stałych czy czasowych. Odwóz ten jest możliwym jedynie przy pomocy gęstéj sieci kolei żelaznych. Przewożenie rannych odbywa się albo w umyślnie do tego przeznaczonych wagonach, albo téż w wagonach zwykłych do przewozu rannych, zastósowanych przez odpowiednie przeróbki. Urządzenie wagonów, przeznaczonych li tylko do przewozu rannych jest kosztowne, a po wielkich bitwach zachodzi potrzeba znacznych ich ilości; dla tego międzynarodowy Kongres higijeniczny, który się w Paryżu w r. 1878 odbył, oświadczył się za użyciem wagonów zwykłych do przewozu rannych, w razie potrzeby łatwo zastósować się dających. Mimo to na wystawie znajdują się li tylko wagony z góry do przewozu rannych przeznaczone. Urządzenie ich niczém nie różni się od małych szpitali, są we wszelkie potrzebne sprzęty zaopatrzone, opalane i przewietrzane. Jeżeli co, to jedynie znaczne nagromadzenie chorych nie zostające w stosunku ze szczupłością miejsca możnaby im zarzucić. (C. d. n.)

VI. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Statystyka śmiertelności w Austryi. (Dok.) Jeżeli co do śmiertelności zwrócimy uwagę na pojedyńcze kraje koronne, to uwydatnią się następujące różnice:

Z braku sił żywotnych zmierały dzieci najbardziéj w latach 1873 i 1877, najmniéj w r. 1879. Względnie największa liczba dzieci umierających z braku sił żywotnych przypada w każdym roku na Bukowinę, Galicyję, Tryjest, Gorycyję i Gradyskę; przeciwnie zaś najmniejsza śmiertelność w tych latach przypada na Voralberg a mianowicie 104—114 przypadków śmierci na 100.000 mieszkańców.

Jeżeli zwrócimy uwagę na stołeczne miasta pojedyńczych krajów koronnych, to pomijając Tryjest najwięcéj dzieci z braku sił żywotnych umarło w Pradze, Bernie a przedewszystkiém w Czerniowcach. Uderzająco wielką jest cyfra dzieci zmarłych w Bernie bo aż 1.100 na 100.000 mieszkańców, a jeszcze więcéj zasługujący na uwagę stały wzrost śmiertelności z tego powodu w Czerniowcach tak, iż odpowiednia cyfra śmiertelności wzrosła tam o 60% w latach od r. 1873 do 1879, aby znów w r. 1880 obniżyć się o 25% od cyfry z roku poprzedniego. Nie mało przyczynia się do téj wielkiéj liczby dzieci umierających z braku sił żywotnych ogromna cyfra corocznie rodzących się dzieci nieślubnych, bo dowiedzioném jest statystycznie, iż przy porodach nieślubnych jest śmiertelność dwa razy wyższą niż śmiertelność dzieci ślubnych.

Pomiędzy chorobami najbardziéj ludzkość trapiącemi zabierają choroby płucne (cierpienia narządów oddechowych) największą liczbę ofiar jak w innych krajach tak i w Austryi. Z gruźlicy umarła w r. 1878 największa liczba z pośród osób nią dotkniętych, gdy przeciwnie lata z wysoką ogólną śmiertelnością jak 1873 i 1874 wykazują najmniejszą liczbę zmarłych z téj choroby; należy tu jednak uwzględnić, ilu zmarłych z cholery lub innych epidemij mogło być gruźlicą dotkniętych a zmarli tylko rychléj z tych chorób zakaźnych, zanim powolnie rozwijająca się gruźlica kres ich życiu położyć zdołała. Choroba ta nie panuje jednakże z równą mocą we wszystkich miejscowościach, bo co się tyczy pojedyńczych krajów, to stosunek ten waha się między 246 zmarłych z 100.000 mieszkańców w Dalmacyi a 522 w dolnéj Austryi.

Najwyższe liczby zmarłych z téj choroby wykazują corocznie miasta Praga, Berno i Tryjest bo ze 100.000 mieszkańców zmarło na gruźlicę:

r.	1873	1874	1875	1876	1877	1878	1879	1880
w Tryjeście	469	469	545	538	488	554	526	519
w Pradze	925	855	972	1178	1307	1248	1149	1045
w Bernie	1044	963	1284	1181	1177	1246	1071	968.

Aczkolwiek w miastach umiera średnio z téj choroby dwa razy tyle co po wsiach, to mimo to nie można nie zwrócić uwagi na tę wielką śmiertelność w trzech wymienionych miastach. Uderzająco wielką jest śmiertelność w Tryjeście, wynosząca średnio 500 przypadków śmierci na 100.000 mieszkańców, a którą przedewszystkiém przypisywać wypada zimnym wiatrom północnym i nagłéj zmianie ciepłoty po upalnych skwarach; chociaż należy téż wziąść w rachubę, iż znaczna część umierających z suchót w Tryjeście nie pochodzi jedynie z tamtejszéj ludności, bo przy wielkim ruchu okrętów nie jeden majtek dostaje się na ląd, ażeby go już nigdy nie opuścić.

Liczba przypadków śmierci z chorób zapalnych przewodu oddechowego zwiększała się z roku na rok aż w r. 1878 dosięgła szczytu; w tym to roku bowiem dyfteryja wystąpiła epidemicznie i nie oszczędzała ani młodych ani starych. Jakkolwiek choroba ta i w ostatnich dwóch latach nie mało ofiar zabrała między starszemi i młodszemi dziećmi, to przecież liczba przypadków śmierci zmniejszyła się nieco od r. 1879.

Co się zaś tyczy pojedynczych krajów, to krup i dyfteryja wystąpiły najsrożéj na Bukowinie i w najbliżéj graniczących z nią powiatach Galicyi wschodniéj, tak że na Bukowinie w r. 1878 wypadło 2.162 przypadków śmierci na 100.000 mieszkańców (w r. 1879 już tylko 842 a w r. 1880 jedynie 345 przypadków) w graniczących powiatach Galicyi wschodniéj, w r. 1878 na 100.000 mieszkańców 1.145 przypadków śmierci (w r. 1879 tylko 731, a w r. 1880 tylko 263).

Co do innych chorób zapalnych narządów oddechowych to przez wszystkie lata Tryjest z okręgiem stoi na czele wszystkich krajów koronnych bo na 100.000 mieszkańców zmarło z tych chorób:

w roku	osób	w roku	osób
1873 . . .	477	1877 . . .	677
1874 . . .	513	1878 . . .	616
1875 . . .	580	1879 . . .	476
1876 . . .	552	1880 . . .	432

Gdy inne kraje w pojedynczych latach dosięgają zaledwie cyfry średniéj 300 do 262, przyczém nie należy zapominać, że już w r. 1876 zanotowano ze 100.000 mieszkańców Bukowiny 1.280 a w r. 1877 2.178 przypadków śmierci z tych chorób, z których największą liczbę przypisać wypada krupowi i dyfteryi, wówczas jeszcze osobno niewykazywanym. (*Union. Zeitschrift für Versicherungswesen* r. 1883, Nr. 40).

Statystyka epidemij. W tygodniu od 11—17 listopada umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 31,6. Z ospy umarło 1 (1 z. t.); z odry 0 (5 z. t.); z płonicy 4 (0 z. t.); z błonicy 1 (2 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 6 przypadkach płonicy, 5 odry, 2 błonicy, 3 krztuśca. W tygodniu od 3—10 listopada umarło z ospy w Londynie 2, leczyło się w szpitalach 41,, świeżo zapadło 6. W Wiedniu, Birmingham, Aleksandryi, St. Louis umarło po 1, w Warszawie, Madrycie, Filadelfii po 2, w Murcyi, Lizbonie, Nowym Orleanie po 3, w Paryżu 5, w Pradze 19, w Rio de Janeiro 75. Z duru osutkowego umarło w Saragosie 1, w Londynie i Madrasie po 2, w Murcyi 3. Z cholery umarło w Aleksandryi od 28 października do 3 listopada 34, w Bombayu od 3—9 października 12. Z febry żółtéj umarło od 1 do 15 października w Rio de Janeiro 3.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 3—10 listopada umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 29,3; we Lwowie 26,0; w Warszawie 27,8; w Poznaniu 21,4; w Wiedniu 21,8; w Budapeszcie 24,4; w Pradze 31,6; w Berlinie 24,9; we Wrocławiu 24,5; w Hamburgu 24,0; w Mnichowie 26,9; w Lipsku 22,1; w Dreźnie 28,1: w Bazylei 15,1; w Brukseli 22,8; w Amsterdamie 24,1; w Hadze 17,9; w Paryżu 22,3; w Londynie 20,5; w Kopenhadze 16,9; w Stokholmie 24,4; w Chrystyjanii 14,5; w Petersburgu 24,2; w Odesie 34,4; w Rzymie 24,5; w Wenecyi 21,2; w Bukareszcie 22,6; w Madrycie 29,4; w Lizbonie 23,7, w Aleksandryi 46,4; w Nowym Jorku 22,6; w Filadelfii 20,8; w Rio de Janeiro 44,8; w Bombayu 21,8. *J. B.*

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 29 listopada. Z Wiednia dochodzi nas wiadomość, że rektor Uniwersytetu, prof. histologii Wedl, zrezygnował z godności swojéj. Powodem do kroku tak niezwykłego były demonstracyje studentów przeciw zeszłorocznemu rektorowi

prof. prawa kanonicznego Maassenowi i wynikłe ztąd następstwa. Jeżeli Wedl nie cofnie rezygnacyi, według ustawy obowiązki rektora pełnić będzie przez rok cały prorektor, a tym właśnie jest prof. Maassen.

* **Wiedeń.** Encyklopedyja Eulenburga przełożoną zostaje na język rosyjski pod redakcyją prof. Cyona w Petersburgu, a na język włoski pod kierunkiem Dra Pasqualego w Neapolu.

W sobotę d. 24 bm. odbyło się nadzwyczajne posiedzenie Wydziału lekarskiego z powodu polecenia Ministerstwa oświecenia, aby Wydział przedstawił trzech kandydatów na drugą katedrę anatomii opisowéj. Wiadomo, że na posiedzeniu zeszłym Wydział znaczną większością uchwalił, że na teraz nie zachodzi potrzeba mianowania 2go profesora anatomii. Zaledwie atoli uchwała doszła Ministerstwa, władza ta najwyższa z niezwykłą szybkością rozstrzygnęła kwestyję w sposób wprost przeciwny i nie wdając się wcale zasadniczo w rzecz zażądało przedstawienia kandydatów na drugą katedrę, dodając, że i budowa zakładu anatomiczno-fizyjologicznego nie długo da na siebie czekać. Celem zastanowienia się nad kandydatami przedstawić się mającemi Wydział obrał Komisyję, w skład której wchodzą proff. Billroth, Brücke, Langer, Albert i Kundrat. Prof. Langer pozostaje nadal referentem Wydziałów lekarskich w Ministerstwie.

Na témże posiedzeniu Wydział zgodził się jednogłośnie na przypuszczenie do docentury okulistyki Dra S. Kleina, a odrzucił prawie jednogłośnie wniosek czyniony przez prof. Arlta przed usunięciem się z Wydziału, aby docenta Dra Reussa przedstawiono do nominacyi na profesora nadzwyczajnego.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Berlin.** Du Bois Reymond mianowany został członkiem honorowym Akademii petersburskiéj oraz Uniwersytetów w Aberdeen, Glasgowie i Upsali.— **Bonn.** Docent prywatny Dr. Ribbert mianowany prof. nadzw.— **Zurych.** Prof. Leube z Erlangi powołany został na katedrę patologii i terapii wewn., opróżnioną w skutek rezygnacyi Huguenina.—**Paryż.** Charcot wybrany został członkiem Akademii Umiejętn. 46 głosami przeciw 12, które otrzymał Sappey. — **Królewiec.** Prof. Dohrn mianowany został tajnym radcą lekarskim.

* **Wiadomości osobowe.** Mianowani zostali w korpusie oficerskim obrony krajowéj: lekarzem batalijonowym z rangą lekarza pułkowego 1éj kl. Dr. Szymon Kohner (w batalijonie krośnieńskim Nr. 58) i Dr. Wiktor Łodziński (w b. przemyskim Nr. 59); lekarzami batalijonowemi z rangą lekarzy pułkowych 2giéj kl.: Dr. Jan Wiktor (w b. nowosądeckim Nr. 60), Dr. Melech Teitelbaum (w b. kołomyjskim Nr. 66), Dr. Tytus Wasylewski (w b. krakowskim Nr. 52) i Dr. Jan Skomorowski (w b. sanockim Nr. 57); lekarzem batalijonowym z rangą lekarza starszego Dr. Leon Jakliński (w b. tarnowskim Nr. 53), wreszcie lekarzem asystentem z rangą porucznika Dr. Jakób Plessner (w b. wadowickim Nr. 60).

* **Nekrologija.** D. 13 listopada umarł w N. Yorku znakomity ginekolog amerykański Marion Sims. Urodził on się d. 25 stycznia 1813 r. w Lancaster w stanie Karoliny południowéj, nauki lekarskie ukończył w Filadelfii, w r. 1836 osiadł jako lekarz praktyczny w Montgomery i odrazu zwrócił uwagę swoją na przetoki pęcherzowo-pochwowe, zdarzające się bardzo często u kobiet tamecznych. Mając już sławę biegłego operatora przeniósł się S. w r. 1853 do N. Yorku, gdzie założył szpital dla kobiet. Podczas wojny domowéj udał się do Europy i bawił jakiś czas w Londynie, gdzie wydał w r. 1865 pracę swoją o chirurgiczném leczeniu chorób macicznych. Kilkakrotnie jeszcze późniéj zwiedził rozmaite kraje europejskie, jak w r. 1870 Francyję biorąc udział w ambulansie angielsko-amerykańskim, w r. 1878 bawił jakiś czas we Wiedniu, a na ostatnim Zjeździe lekarskim międzynarodowym w Londynie doczekał się hucznéj owacyi ze strony lekarzy.

W Warszawie umarł Dr. Edward Brüner licząc lat 72.— W Monachijum umarł Dr. Graf, radca lekarski i lekarz przyboczny królewski w 83 roku życia.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 47: Mikulicza: Wgłobienie i wypadnięcie jelita grubego przez kiszkę stolcową, wycięcie kawałka jelita 76cm. długiego, wyleczenie; Nussbauma: Rola ciał białkowatych w przeróbce materyi. W *Medycynie* Nr. 47: Misiewicza: Rozpoznawanie i leczenie zapaleń cewki męskiéj i pęcherza moczowego (c. d.).

Piśmiennictwo lekarskie. HUTINEL V. Étude sur la convalescence et les rechutes de la fièvre typhoïde. 8 Paris, Delahaye et L. Fr. 4.

KAYSER Heinr. Lehrbuch der Spektralanalyse. Mit 87 Holzschn. u. 9 Taf. gr. 8. Berlin, Springer. M. 10.

KRAFFT-EBING R. v. Lehrbuch der Psychiatrie auf klinischer Grundlage. 2 Bde. 2 Aufl. gr. 8. Stuttgart, Enke. M. 15,

LANCEREAUX E. et L. GAUTIER. Paralyses toxiques et syphilis cérébrales Av. 14. fig. 8. Paris, Delahaye et L. Fr. 2½.

LAKER Carl. Studien üb. d. Blutscheibchen u. den angeblichen Zerfall der weissen Blutkörperchen bei der Blutgerinnung. Mit 1 Taf. Lex.-8. Wien. Gerold's Sohn. M. 90.

LÉPINE R. Die acute lobäre Pneumonie. A. d. Franz übers. v. K. Bettelheim. gr. 8. Wien. Toeplitz et D. M. 5.

LEWIN L. Ueb. d. Resorptionsvermögen der Haut insbesondere f. Bleiverbindungen. Vortrag. gr. 8. Berlin, Grosser. M. 50.

MAURIAC C. Leçons sur les maladies vénériennes. Paris. J. B. Baillière et fils. Fr. 18.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we Środę **dnia 5go grudnia b. r. o godzinie 6éj wieczorem** w Sali Akademii Umiejętności zwyczajne posiedzenie, na którém po załatwieniu spraw z poprzedniego posiedzenia pozostałych kol. Blumenstok poda kilka spostrzeżeń z praktyki sądowolekarskiéj.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

L. 83.

Ogłoszenie.

W porozumieniu z Wnym Panem Bonifacym Stillerem uchwaliła Rada Zawiadowcza Towarzystwa lekarzy galicyjskich wydzierżawić zdrojowisko Morszyn na przeciąg kilku lat.

Dzierżawa ta może według umowy obejmować jedynie Zakład zdrojowy wraz z całém urządzeniem, albo téż Zakład wraz z folwarkiem z całym inwentarzem żywym i martwym, z propinacyją lub bez téjże. Jedynie wyklucza się od dzierżawy prawo wysyłki wody gorzkiéj z Morszyna, oraz wyrób i rozsyłkę soli gorzkiéj i ługów z wód morszynskich.

Pożądaném byłoby, gdyby tę dzierżawę objął lekarz.

Po bliższe szczegóły należy się zgłosić do Wgo Stillera w Morszynie.

Z Rady Zawiadowczéj Tow. lekarzy galic.

Lwów 20 Listopada 1883.

Dr. Merunowicz sekretarz. *Dr. Hoszard*

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiellońskiego pod zarządem Ignacego Stelcla